


Indicadores de salud mental para la Red Brasileña de Atención Psicosocial: una propuesta*

Inacia Bezerra de Lima^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0003-3580-3244>

Domingos Alves³

 <https://orcid.org/0000-0002-0800-5872>

Antônia Regina Ferreira Furegato¹

 <https://orcid.org/0000-0002-7901-2965>

Destacados: (1) Análisis de 41 indicadores que presentaron evidencia de uso. (2) Distribuidos en diferentes dimensiones de la Matriz de Salud Mental. (3) Nueve indicadores en la fase de entrada. (4) Catorce indicadores en la fase de proceso. (5) Dieciocho indicadores en la fase de resultados.

Objetivo: proponer indicadores de salud mental para la gestión de la Red de Atención en Salud Mental, a partir de la convergencia de uso en países con organización pública de salud. **Método:** análisis exploratorio de los indicadores que adoptan y utilizan estos países, a partir del análisis detallado de sus respectivos documentos normativos, considerando las directrices de la Organización Mundial de la Salud. Después de seleccionar los indicadores, se sugirió adoptar la Matriz de Salud Mental para desarrollarlos y aplicarlos en la Red Brasileña de Atención Psicosocial. Respetando los criterios de inclusión y exclusión de los indicadores estudiados, la matriz fue construida en dos dimensiones: geográfica (nacional/regional, local, individual) y temporal (entrada, proceso y resultados). **Resultados:** el análisis indica que 41 indicadores presentaron evidencia de uso. Todos fueron posicionados en la Matriz de Salud Mental, y contribuyeron como métrica para analizar la finalidad de los servicios de salud mental, en los niveles y fases de cada dimensión. **Conclusión:** los indicadores seleccionados, distribuidos en diferentes dimensiones de la Matriz de Salud Mental, están disponibles para ser utilizados tanto en la gestión y en la práctica clínica, como en estudios científicos y, en un horizonte futuro, para definir políticas de salud mental.

Descriptor: Indicadores de Estado de Salud; Indicador de Calidad de la Salud; Administración en Salud Pública; Servicios de Salud Mental; Diretrices para la Planificación en Salud; Administración de Establecimientos de Salud.





* Artículo parte de la tesis de doctorado "Análise de viabilidade de um conjunto de indicadores de saúde mental para gestão da Rede de Atenção Psicossocial brasileira", presentada en la Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Lima IB, Alves D, Furegato ARF. Mental Health Indicators for the Brazilian Psychosocial Care Network: A proposal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2022;30:e3533. [Access   ]; Available in:  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5618.3533>

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas con trastornos mentales tienen tasas de discapacidad y mortalidad desproporcionadamente altas. Las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen entre un 40% y un 60% más de probabilidad de muerte prematura que la población general, debido a comorbilidades físicas que, en diferentes situaciones, no se cuestionan (cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares, infección por VIH)⁽¹⁾. A nivel mundial, el suicidio es la segunda causa de muerte más frecuente entre los jóvenes. Debido a ello, la OMS propuso un conjunto de acciones y metas para que los países miembros las adapten a sus necesidades, a fin de cambiar estas tasas. La propuesta de la OMS enfatiza que hay que fortalecer el liderazgo, la gobernanza y la eficacia de las acciones de Salud Mental (SM), brindando servicios sociales y de SM abarcativos, adaptados y que den respuesta en todos los niveles de atención, fortalecidos por sistemas de información y resultados de investigación en esta área⁽²⁾.

Para la OMS, uno de los principios de estas tecnologías es cómo los indicadores pueden sintetizar información de manera significativa para un fenómeno particular, retratar una situación y, por lo tanto, ser utilizados para evaluar una situación establecida y actual o proponer algún cambio. Las intenciones globales, establecidas por la OMS, proporcionan las bases para medir las acciones y los logros colectivos de los Estados Miembros sobre las metas globales, pero no deben impedir que los mismos establezcan propósitos nacionales más ambiciosos⁽²⁾.

Un estudio de revisión reciente, que apunta al panorama mundial del uso de Indicadores de Salud Mental (ISM), analizó 22 artículos que presentaban los intentos de los países para seleccionar o implementar ISM. Pero, los resultados obtenidos señalan que les dan diferentes usos a estos indicadores para mejorar la política, la gestión y el servicio. Sin embargo, algunos países aún se encuentran en el proceso de debate, relevamiento y recopilación de indicadores clave. Algunas de las iniciativas de otros países estaban en proceso incompleto de implementación o implementando proyectos piloto, por ende, hay que destacar que la capacidad de estos indicadores aún no fue explorada. Cabe mencionar que, en países de bajos y medianos ingresos, los estudios que investigan sobre ISM se realizaron con muchas objeciones, debido a la ausencia de servicios esenciales de SM, de condiciones financieras, de legislación y/o disposición política e incluso por falta de directrices para la gestión e integración de los datos sobre SM⁽³⁻⁷⁾.

Un estudio realizado en 2016 procuró identificar ISM para medir la cobertura efectiva del tratamiento de la

SM. El método de estudio Delphi se aplicó en dos rondas (con 93 expertos de diferentes países, principalmente de ingresos medios y bajos, como: Etiopía, India, Nepal, Nigeria, Sudáfrica y Uganda). Comenzaron la selección con un conjunto de 876 indicadores y terminaron con 15 bien clasificados. El estudio proporcionó datos sobre cómo se puede evaluar el servicio de SM y la cobertura financiera en países de bajos y medianos ingresos⁽⁴⁾.

En los Países Bajos en 2013, una investigación tuvo como objetivo desarrollar un conjunto de indicadores de desempeño que fueran ejecutables, expresivos y relevantes para medir la calidad del sistema público de SM en Ámsterdam. El trabajo comenzó con 330 indicadores y finalizó con 56 indicadores seleccionados, a partir de un cuestionario internacional, y se los presentaron a las partes que participaron en el proceso⁽⁵⁾. Otro trabajo similar se llevó a cabo en Alemania. Los investigadores procuraron describir el desarrollo de indicadores de calidad para un procedimiento de garantía de calidad para pacientes adultos diagnosticados con esquizofrenia, trastornos esquizotípicos con delirios⁽⁷⁾.

En Brasil, la Disposición 3088, del 23/12/2011, creó la Red de Atención Psicosocial (RAPS) para personas con alteraciones o trastornos mentales y cuyas demandas derivaban del consumo de crack, alcohol y otras sustancias, que estableció un conjunto de actividades y acciones en el Sistema Único de Salud (SUS)⁽⁸⁾. Los objetivos generales de esta red eran articular y agrupar los puntos de atención de las redes de salud en las localidades, evaluando la atención a través de la recepción, el acompañamiento constante y el énfasis en las emergencias⁽⁸⁾.

En el ámbito del SUS está la RAPS, formada por⁽⁸⁾: atención primaria de salud (unidades básicas de salud); atención psicosocial especializada (Centros de Atención Psicosocial -CAPS); atención de urgencias y emergencias (Unidades de Atención de Emergencias 24 horas - UAE); alojamiento residencial de carácter transitorio (unidades de asilo); atención hospitalaria (clínicas psiquiátricas y hospitales). Por ende, el RAPS es particularmente complejo, dado que las acciones terapéuticas se llevan a cabo dentro de la red con una amplia comunicación con otros sistemas heterogéneos y articulados. Estas acciones se basan en el principio de integralidad, uno de los procedimientos básicos del SUS, que evita la fragmentación y las pérdidas⁽⁹⁻¹⁰⁾.

A través de la Guía del Ministerio de Salud de Brasil, en 2014, encontramos solo un indicador para la SM, presentado por el Ministerio de Salud, en el que se proponía solo el nivel de cobertura nacional/regional de los CAPS, por población. A pesar de ser relevante, no tenía la capacidad de evaluar las prácticas de atención que se brindaban en las diferentes actividades, ni la eficiencia

del servicio prestado. Recientemente, este indicador fue descontinuado por el Ministerio de Salud⁽⁸⁾.

En el documento del Pacto Interfederativo, para el período de 2017 a 2021, se propuso un nuevo indicador para las acciones de Matrizamiento Sistemático, para los CAPS, con los profesionales que trabajan en la Atención Primaria, a través de la Resolución n.º 8. El objetivo de la propuesta era integrar la atención de la SM a la Atención Primaria, según las directrices internacionales para la reorganización de los sistemas de salud⁽¹¹⁾.

Cabe señalar que, en 2011, la Disposición n.º 1.654, del 19 de julio, creó el Programa Nacional para Mejorar el Acceso y la Calidad de la Atención Primaria (*Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*, PMAQ-AB), destinado principalmente a la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). En cuanto a la SM, se evalúan acciones instructivas y preventivas, sobre el consumo de alcohol y otras sustancias. En esta disposición, se establecieron cuatro indicadores de SM, con seguimiento mensual: 1- Proporción de consultas de SM, no incluye los casos de pacientes que consumen alcohol y drogas; 2 - Proporción de consultas de pacientes que consumen alcohol; 3- Proporción de consultas de pacientes que consumen drogas; 4 - Tasa de prevalencia de alcoholismo⁽¹²⁾.

A pesar de los importantes cambios que hubo en la estructura de la organización de la SM brasileña en las últimas décadas, un estudio reciente⁽¹⁰⁾ reveló cómo se debate la SM en las políticas de evaluación brasileñas e internacionales, mediante las manifestaciones expuestas en documentos normativos nacionales (del Ministerio de Salud) e internacional (de la Organización Mundial de la Salud), publicados en agosto de 2015. En este estudio, se destaca la falta de instrumentos de evaluación oficiales que hay en Brasil y lo insipientes que son los documentos de los diferentes países analizados, donde la información se ha convertido en uno de los procedimientos utilizados por la OMS para evaluar la calidad de la SM, a través del Atlas de SM y el Plan de Acción⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Ante estos hechos y la falta de ISM oficiales en Brasil, el objetivo de este artículo es proponer indicadores de salud mental para la gestión de la Red de Atención en Salud Mental, a partir de la convergencia de uso en países con organización de salud pública.

Método

Diseño del estudio

Este trabajo consiste en un estudio tipo Relevamiento Exploratorio de ISM. Este método adoptado tiene como objetivo descubrir conocimientos, sin evaluar o validar hipótesis preestablecidas⁽¹³⁾.

El análisis de los resultados se realizó de acuerdo con los procedimientos establecidos por la Práctica Basada en la Evidencia (PBE) sobre el uso de ISM.

En la PBE es fundamental suministrar información científica sobre programas y políticas decisivas en la promoción del cuidado de la salud, para producir investigaciones de evaluación y obtener evidencia. Busca convertir la ciencia en práctica, mapeando la información sobre las intervenciones basadas en evidencia presentes en la literatura, publicada por pares, para el contexto de un entorno real específico⁽¹⁴⁾.

Concepto de indicador

La palabra "indicador" proviene del latín *indicare*, que significa descubrir, señalar, anunciar y estimar. Siguiendo el criterio del conocimiento semántico de las palabras, se destaca la proximidad que tiene con las palabras "medir", "informar" e "indicadores" o sus sucesoras "medición" e "información"⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Los indicadores permiten realizar un diagnóstico, así como también monitorear y evaluar a las personas y la gestión de los servicios. Por lo tanto, abarcan la búsqueda de objetivos clínicos, la calidad de la atención profesional y gerencial, los resultados obtenidos y colaboran en la toma de acciones decisivas, y contribuye a mejorar los procesos en general⁽¹⁷⁾.

La elaboración de un indicador es una actividad compleja, que puede ir desde el conteo básico y directo de casos de una determinada enfermedad, hasta el cálculo de proporciones, razones, tasas o índices más elaborados, como la esperanza de vida al nacer⁽¹⁸⁾.

Indicador de salud mental

La OMS, en el Plan de Acción para el período de 2014 a 2020, señala que es necesario elaborar un conjunto básico de ISM, además de brindar orientación, capacitación y apoyo técnico para desarrollar sistemas de vigilancia/información para obtener los principales ISM, que permitan optimizar el uso de estos datos para monitorear las desigualdades en salud y los resultados, y ampliar la información recopilada por el Observatorio Mundial de SM de la OMS (como seguimiento del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS). De esta manera, establecer una base de datos para monitorear la condición global de SM (incluyendo el progreso de las metas establecidas en el Plan de Acción)⁽²⁾.

Escenario

Los datos se recolectaron de documentos regulatorios y sitios *web* oficiales de países con sistema de salud pública: Australia, Inglaterra y Canadá. El escenario de estudio se justifica debido a la falta de ISM en la

RAPS brasileña. Por lo tanto, la propuesta presenta un conjunto de indicadores, distribuidos en las dimensiones administrativas de la Matriz de Salud Mental (MSM).

Periodo

La información fue recolectada en 2018, 2019 y 2020.

Criterios de selección de países

- El criterio esencial para la inclusión de los 3 países se basó en que se confirmó que tenían un sistema público de salud universal, similar al sistema brasileño, y que tenían una disposición en red de SM para la gestión. Esta selección se limitó a los idiomas inglés, portugués y español.

- Flexibilidad de acceso a la práctica de uso de los ISM, en bases de datos o documentos normativos

Instrumentos utilizados para recopilar información

Luego de seleccionar los países, se comenzó el análisis y la selección de los indicadores que describieran mejor a la RAPS, siempre comparándolos con los documentos normativos.

El primer paso se realizó con una búsqueda minuciosa de documentos normativos nacionales (Ministerio de Salud) e internacionales (Organización Mundial de la Salud, OPS), que son los que se tomaron como referencia para la comparación que se presenta en la Figura 1 a continuación.

Regiones	Fuente de recopilación de información
OMS (General)	<ol style="list-style-type: none"> Atlas de Salud Mental⁽¹⁹⁾. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011_eng.pdf?ua=1&ua=1 Plan de Acción en Salud Mental 2013 – 2020⁽²⁾. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1 Sistemas de salud mental en países de bajos y medianos ingresos: análisis transnacional WHO-AIMS⁽²⁰⁾. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44151/1/9789241547741_eng.pdf
Europa	<ol style="list-style-type: none"> Conjunto mínimo de datos de Indicadores Europeos de Salud Mental (Comisión Europea)⁽²¹⁾. https://ec.europa.eu/health/ph_projects/1998/monitoring/fp_monitoring_1998_annexe2_09_en.pdf Plan de Acción en Salud Mental 2013 – 2020 para Europa⁽²²⁾. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf
América Latina	<ol style="list-style-type: none"> Atlas de Salud Mental de las Américas⁽²³⁾. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28451/9789275119006_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y Marco de Referencia para la Implementación de la Estrategia Regional de Salud Mental⁽²⁴⁾. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/2790/Marco%20de%20Referencia%20para%20la%20Implementacion%20de%20la%20Estrategia%20en%20Salud%20Mental.pdf?sequence=5&isAllowed=y Informe de Salud Mental WHO-AIMS – América y el Caribe⁽²⁵⁾. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21325&Itemid=/&lang=en
Brasil	<ol style="list-style-type: none"> Informe de Salud Mental WHO-AIMS – Brasil⁽²⁶⁾. http://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_brazil.pdf Red Interinstitucional de Información en Salud - RIPSa. Indicadores básicos de salud en Brasil: conceptos y aplicaciones⁽¹⁸⁾. http://www.ripsa.org.br/2014/10/30/indicadores-basicos-para-a-saude-no-brasil-conceitos-e-aplicacoes-livro-2a-edicao-2008-2/ Indicadores de Salud⁽⁶⁾ - SUS[†] http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201 Nota Técnica sobre Indicadores Regionales, Estaduales y Nacionales del listado de Directrices, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015⁽²⁷⁾. http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2015/Nota_Tecnica_Indicadores_Regionalis.pdf Tribunal de Cuentas de la Unión. Informe de Evaluación del Programa - Acciones de Atención en Salud Mental – 2005⁽²⁸⁾. https://www.tjmt.jus.br/intranet.arq/cms/grupopaginas/105/988/Relat%C3%B3rio_TCU_Sa%C3%BAde_Mental_2005.pdf Tribunal de Cuentas de la Unión. Informe de Evaluación del Programa - Acciones de Atención en Salud Mental – 2010⁽²⁹⁾. https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8182A14D7BBDF2014D8BB881DE0FE1 Disposición PMAQ^{‡(12)}.

*WHO-AIMS = World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems; †SUS = Sistema Único de Salud; ‡PMAQ = Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Figura 1 - Documentos normativos relacionados con los ISM

En la segunda fase, se buscaron documentos en sitios web gubernamentales de los sistemas de salud de algunos países, para seleccionar aquellos que identificaban los

indicadores utilizados efectivamente en la gestión de la SM, que brinden información sobre cómo se utilizan estos indicadores en cada dimensión de análisis⁽³⁰⁾.

Países	Fuente de recopilación de información
Nueva Zelanda	1. Indicadores de Salud para Neozelandeses con Discapacidad Intelectual ⁽³¹⁾ . https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/health-indicators-nzders-intellectual-disability.pdf
Portugal	1. Portugal Salud Mental en números – 2014 ⁽³²⁾ . https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf 2. Programa Nacional de Salud Mental 2017 ⁽³³⁾ . https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/05/18/programas-de-saude-prioritarios/
España	1. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud ⁽³⁴⁾ . https://consaludmental.org/la-confederacion/ 2. Indicadores para la evaluación de los sistemas de salud mental en España ⁽³⁵⁾ . http://www.sepsiq.org/file/Noticias/GClin-SEPIndicadores.pdf
Chile	1. Informe de Salud Mental WHO-AIMS* – Chile ⁽³⁶⁾ . https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf?ua=1
Canadá	1. Indicadores de Salud Mental Canadá (Manual) ⁽³⁷⁾ . https://www.aihw.gov.au/getmedia/f9bb1a07-a43b-458a-9b73-64ef19d8aedd/Key-Performance-Indicators-for-Australian-Public-Mental-Health-Services-Third-Edition.pdf.aspx
Reino Unido	1. Portal Digital de Indicadores del NHS ⁽³⁸⁾ . https://fingertips.phe.org.uk
Australia	1. Servicios de Salud Mental en Australia ⁽³⁹⁾ . https://www.aihw.gov.au/reports/mental-health-services/mental-health-services-in-australia/mental-health-indicators/key-performance-indicators-for-australian-public-m

*WHO-AIMS = World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems; *NHS = National Health Service

Figura 2 - Documentos normativos relacionados con los ISM

Las dos etapas de la investigación de los documentos normativos se realizaron considerando los criterios de selección/exclusión de cada país y sus ISM⁽³⁰⁾.

Criterios de selección/exclusión de indicadores

- 1-Por no formar parte de la situación brasileña (inmigrantes, etnias, etc.).
- 2-Indicadores de asistencia social (se encuentran en los ISM).
- 3-Insertado anteriormente, en otro indicador.
- 4-Indicadores que necesitan información de autoevaluación/aplicación de cuestionario individual.

Criterios de selección de los dominios de los indicadores (Entrada – Procesos – Resultados)⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾

Tratamiento y análisis de los datos

Siguiendo los pasos establecidos para este estudio, se llegó a la fase de *Identificación del conjunto de ISM seleccionado*, estableciendo las principales características para cada indicador. Para ello, se utilizó el formato determinado por la Red Interinstitucional de Información en Salud (*Rede Interagencial de Informação para a Saúde*, RIPSAs)^(8,18), y se buscaron los siguientes ítems: Definición, Conceptualización, Fuente, Método de Cálculo y Categoría.

Se definió como referencia fundamental la MSM⁽⁴⁰⁾, como una guía heurística para incluir y aplicar ISM, en diferentes niveles de gestión de la red. En este ejemplo de matriz se señalan 3 ejes fundamentales e inseparables:

la concepción ética; prácticas basadas en evidencias y la acumulación de experiencias⁽⁴¹⁾.

La MSM también hace referencia a un modelo que se puede utilizar para aumentar los beneficios clínicos y de gestión. Este modelo sugiere dos dimensiones, una geográfica, dividida en tres niveles: nacional/regional, local e individual (del paciente) y otra temporal, definida por tres fases: entrada, proceso y resultados⁽⁴⁰⁾.

A nivel nacional/regional se destacan las políticas de salud, a nivel local se encuentran los servicios que operan en un área de cobertura y, por último, el usuario del servicio. En cada fase de la matriz, por ejemplo, los recursos aplicados (fase de entrada), las acciones profesionales empleadas en la prestación de cuidados (fase de proceso) y los resultados esperados en los diferentes niveles con respecto a cambios en la morbilidad tanto a nivel individual como de la población (fase de resultados).

Los indicadores de la fase de resultados, que son más difíciles de definir y recopilar, pueden confundirse en algunas circunstancias con indicadores de entrada o de proceso. Por ejemplo, la reducción del tiempo de hospitalización, categorizado como indicador de proceso, puede ser un indicador de resultado, a nivel individual⁽⁴¹⁾.

Al contar con este modelo, una tarea importante de este estudio fue sistematizar los ISM, según las especificaciones de la MSM, sus niveles y fases, teniendo en cuenta las cuestiones éticas, la evidencia científica y el análisis de la experiencia adquirida como base del sistema de SM⁽⁴⁰⁾.

Aspectos éticos

El presente estudio siguió los requisitos éticos, prescritos por la resolución brasileña CNS 466/12 y las complementarias, y contó con la aprobación del Comité de Ética de una de las instituciones colaboradoras (Protocolo CAAE-93710218 10000 5393, CEP-EERP / USP n.º 205/2018 del 24/08/2018).

Resultados

Los principales resultados de este estudio se lograron a partir de los criterios descritos en el método. Por ende, inicialmente se seleccionaron tres países, en los cuales se identificaron 164 ISM.

Aplicando los criterios de relevancia para la RAPS brasileña, se obtuvo un conjunto de 41 indicadores, de los cuales, 11 indicadores eran de Australia, 20 indicadores eran de Inglaterra y 10 indicadores eran de Canadá⁽³⁷⁻³⁹⁾.

Cabe destacar que en el análisis inicial se encontraron 1028 ISM, mencionados en los documentos normativos consultados, a saber: OMS - 4 indicadores, metas y acciones propuestas⁽²⁾; Comisión Europea - 36 indicadores⁽²¹⁾; *World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems* (WHO-AIMS) para las Américas y el Caribe - 155 indicadores⁽²⁵⁾; Organización Panamericana de la Salud - propuestas de metas y acciones⁽²³⁾; Nueva Zelanda - 3 indicadores⁽³¹⁾; Portugal - propuesta de metas y acciones⁽³²⁾; España - propuesta y análisis de selección de 661 indicadores⁽³⁵⁾; Australia - 15 indicadores⁽³⁹⁾; Canadá - 55 indicadores⁽³⁷⁾; Inglaterra 95 ISM⁽³⁸⁾; Brasil 4 indicadores del Programa Nacional para Mejorar el Acceso y la Calidad de la Atención Primaria (PMAq)⁽¹²⁾.

Después de este proceso de selección de países con indicadores relevantes para la RAPS brasileña, se realizó la extracción de conocimiento, donde se analizaron los respectivos informes, artículos científicos y toda la información relevante en las páginas oficiales de Canadá, Australia e Inglaterra para lograr la selección más efectiva de indicadores. En la extracción de conocimiento se buscó información sobre el uso de indicadores, método de cálculo, análisis y evidencia práctica, mediante consulta en: <https://drive.google.com/file/d/1PTg2MdCu7HRIEM7OARvrEu00GEA8yAOQ/view?usp=sharing>

Cabe destacar que los indicadores seleccionados fueron comparados con las propuestas de los documentos normativos de la OMS y los documentos normativos presentados en la Figura 1.

Paralelamente al análisis de los documentos, este grupo de indicadores fue analizado de forma colaborativa (voluntaria) por 5 profesionales de distintas áreas. También se realizó una consulta con un especialista en el área de servicios y enseñanza de la SM (psiquiatra), quien llevó a cabo un análisis adicional de todos los indicadores, buscando la adecuación de este conjunto de indicadores a la RAPS brasileña. También para este proceso de selección se establecieron criterios que permitieron una selección más específica para la inclusión y exclusión de indicadores.

Indicadores Excluidos- De los indicadores seleccionados inicialmente para el análisis, 123 fueron excluidos por no cumplir con los criterios especificados en el método. A continuación, se muestra un detalle de los criterios de exclusión:

- 1- Se excluyeron 9 indicadores = 5,48% de 164 porque representan intereses específicos de algunos países (inmigrantes, etnias, etc.).
- 2- Se excluyeron 69 = 42,07 %, porque formaban parte de indicadores relacionados con el Indicador de Asistencia Social que ya estaban incluidos en el conjunto de ISM).
- 3- Se excluyeron 14 = 8,53 %, porque estaban presentes en más de 1 país.
- 4- Se excluyeron 31 = 18,90 %, que necesitaban información de autoevaluación / aplicación de cuestionario individual.

Después de seleccionar el conjunto de ISM (debidamente estratificados según sus contenidos y usos⁽⁴²⁾), se procedió a posicionarlos en la MSM⁽⁴⁰⁾, según los niveles de la dimensión geográfica (nivel nacional/regional, local e individual) y las fases de la dimensión temporal (fase de entrada, procesos y resultados).

Al adherir a esta heurística, cada indicador pasó a ser asociado como una métrica para evaluar el propósito de los servicios de SM, en los niveles y fases de cada dimensión, geográfica y temporal.

Dimensión Temporal: Fase de Entrada (A)

Al Nivel Nacional (o regional) del eje de la Fase de Entrada 1A, se le asignaron 6 indicadores seleccionados, que sirven como medidas para evaluar los servicios de SM en este nivel. Los contenidos propuestos para esta fase se refieren a directivas y políticas gubernamentales, leyes de SM, costos con servicios de SM y reasignación de presupuesto, organización del contingente de SM y capacitación de empleados, protocolos y directrices para tratamientos y derivaciones, como se muestra en la Figura 3.

Dimensión Geográfica	Dimensión Temporal
	A) Fase de Entrada
(1) Nivel Nacional/Regional	1A 1. Promoción de la salud mental en las escuelas de nivel primario. 2. Acreditación del programa de recuperación. 3. Promoción, prevención y capacitación en primeros auxilios en salud mental. 4. Incidencia de depresión registrada: %* de participantes mayores de 18 años. 5. Proporción de gasto por nivel de conformidad con las normas nacionales. 6. Coste medio diario de la cama.
(2) Nivel Local (área de captación)	2A 1. Nuevos casos de psicosis: tasa de incidencia estimada por 100.000 habitantes [†] de 16 a 64 años. 2. Coste medio por día de tratamiento.
(3) Nivel Individual	3A 1. Registro de incidencia de depresión: %* de la práctica registra mayores de 18 años.

Fuente: adaptado⁽⁴¹⁾; *% = Porcentaje; †100.000 habitantes = Datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística⁽⁴³⁾

Figura 3 - Posicionamiento de los ISM Fase de Entrada

En la Fase de Entrada a Nivel Local, 2A, se posicionaron 2 indicadores. Como métrica de evaluación, estos indicadores deben ser considerados una "lente", que permite ver con mayor claridad la aplicación y efectividad de las leyes y políticas de SM vigentes en el país. La organización de este nivel depende de si los servicios están organizados en distritos o sectores de salud, o incluso por área de cobertura poblacional. El punto relevante de este nivel es que demuestra que es necesario que los servicios se organicen localmente (cerca de las casas de las personas), para brindarle atención a la comunidad⁽⁴⁰⁾. Como se destacó anteriormente, esta fase de ingreso a nivel local determina el presupuesto del servicio local y el equilibrio de los servicios hospitalarios y comunitarios, la evaluación de las necesidades de la población local, la cantidad de personal clínico y las combinaciones de servicios clínicos y no clínicos, y las relaciones de trabajo entre los servicios.

A la Fase de Entrada del Nivel Individual, 3A, se le asignó 1 indicador. Los indicadores en esta posición sirven como medidas de la atención que se le brinda directamente al paciente con trastorno mental, a sus familiares y a sus contactos sociales cercanos. Los servicios de SM evaluados con base en estos indicadores son generalmente considerados territorio exclusivo del profesional de la salud, pero los resultados individuales pueden depender de lo definido a nivel nacional y local. Un

mayor enfoque en este nivel se debe a que es necesario que las prácticas e intervenciones se basen en evidencias, dado que lo que se observa con mayor frecuencia es que hay una brecha entre lo sugerido por la evidencia y por la práctica clínica⁽⁴⁴⁾. Como se ha establecido anteriormente, en este nivel y en esta fase se busca evaluar las necesidades individuales, los requerimientos que derivan de la patología, las demandas familiares para el cuidado diario, las habilidades y los conocimientos del equipo, el contenido de los tratamientos clínicos y también la información para los pacientes/cuidadores⁽⁴¹⁾.

Dimensión Temporal: Fase de Procesos (B)

Esta fase se caracteriza por las tareas de tratamiento (clínicas y técnicas) que se desarrollan durante la prestación de los cuidados. Aquí, se especificarán las prioridades y estrategias para el progreso de la atención que conducirán a los resultados de la intervención.

En el nivel nacional, de la Fase de Procesos, 1B, se identificaron 2 indicadores de los previamente seleccionados. En general, en esta fase los indicadores son designados como indicadores de desempeño/actividad (como tasas de ingreso, tasas de ocupación de camas, tasas de tratamientos obligatorios), directrices clínicas, protocolos de tratamiento y estándares mínimos de atención⁽³³⁾, como se puede ver en los Figura 4.

Dimensión Geográfica	Dimensión Temporal
	B) Fase de Procesos
(1) Nivel Nacional/Regional	1B 1. Estudiantes con necesidades sociales, emocionales y de salud mental: %* de estos estudiantes (edad escolar secundaria). 2. Ingreso hospitalario por trastornos mentales y del comportamiento por consumo de alcohol: tasa por 100.000 habitantes [†] .

(continúa en la página siguiente...)

Dimensión Geográfica	Dimensión Temporal
	B) Fase de Procesos
(2) Nivel Local (área de captación)	2B 1. Individuos hospitalizados por más de 30 días en un año. 2. Readmisiones hospitalarias por enfermedad mental dentro de los 30 días. 3. Tasa de hospitalización por año de reincidencia para pacientes con enfermedad mental. 4. Ingreso hospitalario relacionado con el alcohol: tasa estandarizada directamente por 100.000 habitantes. 5. Contacto simultáneo con servicios de salud mental y servicios de uso indebido de sustancias, por uso indebido de drogas: % de personas en tratamiento mayores de 18 años. 6. Estudiantes con necesidades sociales, emocionales y de salud mental: % de estos estudiantes (edad escolar primaria). 7. Ingresos hospitalarios por problemas de salud mental. 8. Tiempo medio (duración) de hospitalización aguda. 9. Promedio de días de tratamiento por un período de atención comunitaria de tres meses. 10. Tasa de servicio comunitario previa a la admisión. 11. Tasa de eventos de hospitalización, servicios hospitalarios de salud mental aguda del sector público.
(3) Nivel Individual	3B 1. Acceso a los servicios: % de personas (estimado) con ansiedad/depresión, personas que ingresan (por mes)

Fuente: adaptado⁽⁴⁰⁾; % = Porcentaje; *100.000 habitantes = Datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística⁽⁴³⁾

Figura 4 - Posicionamiento de los ISM Fase de Procesos

Para el nivel local, de la Fase 2B del Proceso se ubicaron 11 indicadores. Para esta fase, se designan indicadores de seguimiento, contactos y patrones de uso de los servicios, proceso de auditoría, trayectorias y continuidad de la atención y segmentación de grupos especiales⁽⁴¹⁾.

En el nivel individual de la Fase 3B del Proceso, se seleccionó 1 indicador. Aquí, se identifican la calidad subjetiva de los tratamientos, la continuidad del equipo de clínicos, la frecuencia de las citas y los estándares de los procedimientos de atención para pacientes individuales⁽³²⁾.

Dimensión Temporal: Resultados (C)

Esta fase discute la evaluación de resultados y se debe realizar de manera precisa y regular, como una práctica de equipo, ya que el objetivo de los servicios es mejorar los

resultados para las personas con trastornos mentales, así como la gestión del sistema de SM en general⁽⁴²⁾.

En la Fase de Resultados a Nivel Nacional (1C), fueron extraídos 8 indicadores de los previamente seleccionados, que definen la eficiencia y eficacia de las intervenciones propuestas por el servicio⁽⁴¹⁾. Específicamente, en esta fase, es posible identificar tasas de suicidio, tasas de personas en situación de calle (de los enfermos mentales o las tasas de enfermedad mental de las personas en situación de calle), tasas de prisión (ingreso inadecuado en prisión de aquellos que serían mejor tratados en SM), consultas especiales (especialmente aquellas en eventos adversos extremos, como homicidios cometidos por pacientes). Observe los indicadores en la Fase de Resultados, en la Figura 5.

Dimensión Geográfica	Dimensión Temporal
	C) Fase de Resultados
(1) Nivel Nacional/ Regional	1C 1. Tasas de suicidio - promoción y prevención en jóvenes. 2. Reclamos de invalidez relacionadas con enfermedades mentales. 3. Tasas de suicidio - promoción y prevención en la población general. 4. Prevalencia estimada de consumo de opiáceos y/o crack: tasa por 1.000 habitantes* de 15 a 64 años. 5. Exceso de tasa de mortalidad en menores de 75 años en adultos con enfermedad mental grave: proporción de mortalidad observada y esperada (expresada en %) 6. Brecha en la tasa de empleo de quienes tienen contacto con los servicios secundarios de salud mental y tasa general de empleo: diferencia porcentual. 7. Proporción de población en tratamiento clínico de salud menta. 8. Consultas concluidas.
(2) Nivel Local (área de captación)	2C 1. Prevalencia de depresión y ansiedad entre los participantes (mayores de 18 años). 2. Prevalencia estimada de los trastornos mentales comunes (% de la población de 16 a 74 años). 3. Prevalencia estimada de trastornos de salud mental en niños y jóvenes (% de la población de 5 a 16 años). 4. Registro de prevalencia de enfermedad mental grave (% de práctica registrada en todas las edades). 5. Ingresos hospitalarios de emergencia por autoagresión intencional. 6. Ingresos hospitalarios por automutilación, tasa de ingreso estandarizada. 7. Depresión: prevalencia registrada (mayores de 18 años). 8. Cambio en los resultados del consumidor. 9. Tasa de atención comunitaria posterior al alta.
(3) Nivel Individual	3C 1. Resultado exitoso del tratamiento del alcoholismo.

Fuente: adaptado⁽³²⁾; *100.000 habitantes = Datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística⁽⁴³⁾; % = Porcentaje

Figura 5 - Posicionamiento de los ISM Fase de Resultados

A nivel Local, 2C de la Fase de Resultados, se posicionaron 9 de los indicadores seleccionados. En esta fase se identifican las tasas de suicidio, los resultados generales a nivel local y la morbilidad física⁽⁴¹⁾.

Finalmente, en el nivel individual de Resultados Fase 3C, se definió 1 indicador. En esta fase, se procura reducir los síntomas, el impacto en los cuidadores, la satisfacción con los servicios, la calidad de vida, las discapacidades y las necesidades⁽³²⁾.

Los indicadores seleccionados se distribuyeron en las diferentes dimensiones de la MSM, y están disponibles para ser utilizados, para analizar su factibilidad en la práctica clínica y de manejo, así como para estudios científicos y, en un horizonte futuro, para definir políticas de SM.

Discusión

En los resultados, se observa la selección de 41 ISM, mediante un relevamiento con definiciones previas e información oficial, con un análisis por medio de la PBE y debidamente asignados en su escala administrativa, a través de la MSM⁽³⁷⁻⁴¹⁾.

El conjunto de ISM se posicionó en las *dimensiones geográficas* de la Matriz (*nivel nacional, local e individual*), y en las *dimensiones temporales* (*fase de entrada: fase de proceso y fase de resultados*)⁽⁴⁰⁾.

La MSM puede ser considerada una heurística, un modelo, que pretende servir como un mapa para mejorar las decisiones de atención y gestión en SM^(41,45). Por ende, uno de los propósitos de este modelo basado en la MSM es que pueda servir de guía para lograr el mejor diagnóstico posible del cuadro que presenta la persona y de la gestión de los servicios de SM, para que se puedan aplicar acciones correctivas, en los niveles adecuados, para mejorar la asistencia. El modelo no pretende ser rígido para la prescripción, sino que debe ser considerado un instrumento que se puede utilizar en el análisis de posibles problemas y que puede ayudar a tomar decisiones⁽⁴¹⁾.

Para ampliar la discusión, vale la pena citar el Modelo Donabedian, que proporciona un marco general para investigar los servicios de salud y medir la calidad de la atención⁽⁴⁶⁻⁴⁷⁾. Es interesante observar que, de acuerdo con este modelo, de manera similar al enfoque descrito en la MSM, la mejor manera de evaluar la calidad de la atención es seleccionar un conjunto de indicadores representativos en tres enfoques, a saber: "estructura", "proceso" y "resultados"⁽³²⁾. El Modelo Donabediano se cita aquí como otro ejemplo de matriz, en el que se definen las características de las prácticas de salud y de la organización social, que son: equidad, cobertura, satisfacción del usuario, eficacia, eficiencia y accesibilidad⁽⁴⁶⁻⁴⁷⁾. En sus diversas investigaciones en salud, el autor no propuso específicamente un modelo

para la SM, sin embargo, su trabajo sirvió de base para elaborar los dominios del conjunto de ISM de Australia⁽³⁹⁾, además inspiró la organización del conjunto de ISM de Inglaterra⁽³⁸⁾.

El uso de la MSM para asignar los indicadores tiene limitaciones, ya que una heurística requiere la interpretación del usuario, lo que sugiere una debilidad en esa interpretación, que puede ser aplicada en la continuidad de estos estudios. Aun así, este modelo sirve para guiar el uso adecuado del ISM, y puede orientar el uso de estos indicadores en las diferentes dimensiones administrativas de la RAPS brasileña. El modelo se enfoca en ayudar a evaluar las fortalezas y debilidades de los servicios locales y en desarrollar un Plan de Acción para mejorarlos, ofreciendo un enfoque claro y, a la vez, lo suficientemente flexible como para ser relevante para las circunstancias locales⁽⁴⁴⁾. Al incluir la dimensión geográfica en la Matriz, es claro que la prioridad para la organización de los servicios de SM debe ser local, para poder brindárselos a las personas que los necesitan. Sin embargo, algunos de los principales factores se deciden a nivel regional o nacional, en base al análisis constante de los acontecimientos relacionados con el sector para definir políticas públicas y asignaciones financieras, específicas para la SM⁽⁶⁾.

De esta forma, es posible conocer los aspectos que pueden contribuir a obtener un buen resultado para cada persona que presenta un episodio agudo o crónico de trastorno mental, atendida en la red primaria y secundaria. Si bien, a menudo, los profesionales que se desempeñan a nivel individual consideran este resultado como un éxito, en la práctica esto incluye decisiones tomadas a nivel local (por ejemplo, para proporcionar servicios de atención domiciliaria), que deben ser habilitadas mediante políticas y recursos decididos a nivel nacional (por ejemplo, el desarrollo de atención comunitaria).

Las limitaciones que se encontraron al momento de seleccionar los ISM se relacionan con las dificultades de encontrar información con evidencias del uso de indicadores (e incluso encontrar estos indicadores con información actualizada) en las bases de datos estudiadas o en los documentos normativos. Se observó que no es necesario seleccionar un gran conjunto de indicadores, sino incentivar la búsqueda de aquellos que realmente contribuyan a los objetivos propuestos. Los países que hacen uso del ISM presentan en cierto modo los mismos indicadores.

Lo importante es obtener datos actualizados y objetivos del uso de estos indicadores en los servicios de SM y posibles sugerencias que puedan ser adaptadas, con el fin de lograr mejoras en la calidad de la atención a la población afectada y en la gestión de los servicios. Otra limitación a considerar es que no se hayan separado los indicadores por categorías, por ejemplo, sexo, grupo etario, indígenas, inmigrantes, población en situación de

calle, LGBTQIA+, etc. Sin embargo, para minimizar esta limitación, no es necesario incluir nuevos indicadores, solo incluir las variables en el proceso de implementación de cada indicador.

De acuerdo con los autores⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾, la MSM puede ser interpretada como un mapa, que sirve para ayudar a establecer las metas del servicio y los principales pasos para su implementación y evaluación. Sin embargo, este mapa, para ser adecuado, debe ser simple y objetivo. Siguiendo este principio, se creó la MSM con solo dos dimensiones, que constituye un modelo matricial.

El tema de los ISM para el cuidado de las personas y la gestión de los servicios de la red de salud deja mucho margen para elaborar propuestas de investigación, la aplicación en la práctica y el establecimiento de políticas públicas⁽⁴⁸⁾. De hecho, este conjunto de indicadores tiene aplicación al producir evidencia sobre un escenario de salud y sus tendencias, con base en la experiencia, para identificar poblaciones con mayores necesidades de salud, establecer riesgo epidemiológico e identificar áreas críticas. De esta forma, es una herramienta importante que contribuye a establecer políticas y sus prioridades, a mejorar la calidad de los servicios, a adecuar protocolos y medidas de atención que puedan brindar información para programas de promoción de la SM, además contribuye a la prevención y al tratamiento de la enfermedad con rehabilitación psicosocial de casos crónicos, en busca de un mejor servicio que cubra las necesidades de la población⁽⁴⁹⁻⁵¹⁾.

Analizando las posibles implicaciones de los resultados de este trabajo, se observa que estamos en el inicio de investigaciones y propuestas para la creación y organización de ISM para la RAPS brasileña, con toda su complejidad. Es más, los resultados contribuyen a la estructuración semántica de entidades y relaciones presentes en la ontología *Mental Health Management Ontology* (MHMO), una ontología para el dominio de la salud mental que mapea aspectos clínicos y biomédicos de esta área y los relaciona con procesos de gestión de redes de atención⁽⁵²⁻⁵³⁾.

Este hecho intensifica nuestro interés por mejorar esta propuesta y probarla en los servicios, buscar consensos y acompañarla con investigaciones y publicaciones. En un futuro trabajo someteremos los indicadores que fueron seleccionados aquí a la aplicación del Estudio Delphi para validar los resultados.

Conclusión

Este estudio presenta un conjunto de 41 ISM, seleccionados a partir de un cuidadoso análisis de documentos, que busca evidencia del uso de los mismos en los países seleccionados (Práctica Basada en la Evidencia). A partir de esa selección, se propone que estos

indicadores puedan estar disponibles para ser utilizados en la práctica clínica y en la gestión, y también en estudios científicos y, en un horizonte futuro, para definir políticas de SM. Esos indicadores, posicionados en la MSM, en las dimensiones geográficas: nivel nacional, local e individual y en las dimensiones temporales: fase de entrada, fase de proceso y fase de resultados, muestran que es posible y viable utilizarlos en la red de atención en SM brasileña.

Estos indicadores son métricas importantes en todos los niveles y servicios de la RAPS, que sirven para mostrar las condiciones de la gestión, la incidencia, prevalencia, mortalidad y morbilidad, y permiten, a través de su información, que los gestores puedan intervenir para mejorar toda la red de servicios e inclusive prever medidas de promoción y prevención en SM.

Debido a que no se utilizan ISM oficiales en Brasil, se espera que los resultados presentados sirvan de estímulo para nuevas investigaciones, y de ayuda para establecer políticas centradas en las prioridades, legislación específica, calidad de los servicios, adecuación de protocolos de atención y medidas que puedan brindarles información a los programas de SM, siempre en busca de satisfacer mejor las necesidades de la población.

Agradecimientos

Queremos agradecer a todos los profesionales que contribuyeron a la elaboración de este trabajo.

Referencias

1. Alloh FT, Regmi P, Onche I, Van Teijlingen E, Trenoweth S. Mental Health in low-and middle income countries (LMICs): Going beyond the need for funding. *Health Prospect*. 2018;17(1). doi: <https://doi.org/10.3126/hprospect.v17i1.20351>
2. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [cited 2021 Nov 20]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=40E0C727A298E80E9EC8638C55FA114C?sequence=1
3. Lima IB, Bernardi FA, Yamada DB, Vinci ALT, Rijo RPCL, Alves D, et al. The use of indicators for the management of Mental Health Services. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2021;29. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4202.3409>
4. Jordans MJD, Chisholm D, Semrau M, Upadhaya N, Abdulmalik J, Ahuja S, et al. Indicators for routine monitoring of effective mental health care coverage in low- and middle-income settings: a Delphi study. *Health Policy Planning*. 2016;31(8):1100-6. doi: <http://doi.org/10.1093/heapol/czw040>

5. Lauriks S, de Wit MAS, Buster MCA, Arah AO, Klazinga NS. Composing a Core Set of Performance Indicators for Public Mental Health Care: A Modified Delphi Procedure. *Adm Policy Ment Health*. 2014;41:625-35. doi: <http://doi.org/10.1007/s10488-013-0506-4>
6. Mendes MFM, Rocha CMF. Mental health evaluating: an analysis of national and international policies. *Aval Saúde [Internet]*. 2016;2(4):352-9. Available from: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n4p352-359>
7. Stegbauer C, Willms G, Kleine-Budde K, Bramesfeld A, Stammann, Szecsenyi J. Development of indicators for a nationwide cross-sectoral quality assurance procedure for mental health care of patients with schizophrenia, schizotypal and delusional disorders in Germany. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2017 Oct;126:13-22. <http://doi.org/10.1016/j.zefq.2017.07.006>
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. *Diário Oficial da União*, 26 dez. 2011 [cited 2021 Nov 20]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
9. Serra CG, Rodrigues PHA. Evaluation of referral and counter-referral in the Family Health Program in the Metropolitan Region of Rio de Janeiro (RJ, Brazil). *Science Health Collect*. 2010;15(Suppl 3):3579-86. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900033>
10. Mendes EV. Health care networks. *Ciênc Saude Coletiva*. 2010 Aug;15(5):2297-305. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>
11. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde [Internet]. *Diário Oficial da União*, 12 de novembro de 2016 [cited 2021 Nov 20]. Available from: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/resoucao-SISPACTO-n08-NOV-2016.pdf>
12. Ministério da Saúde (BR). Saúde mais perto de você: Acesso e qualidade - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2021 Nov 20]. 62 p. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf
13. Freitas H, Oliveira M, Saccol AZ, Moscarola J. O método de pesquisa *survey*. *Rev Adm [Internet]*. 2000 [cited 2021 Nov 20];35(3):105-12. Available from: http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1138_1861_freitashenriquerausp.pdf
14. Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM. Evidence-Based Public Health: A Fundamental Concept for Public Health Practice. *Annu Rev Public Health [Internet]*. 2009 Apr [cited 2021 Nov 20];30(1):175-201. Available from: <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.publhealth.031308.100134orId>
15. Marzall K, Almeida J. O Estado Da Arte Sobre Indicadores De Sustentabilidade Para Agroecossistemas [Internet]. 1999 [cited 2021 Nov 20]. Available from: <http://www.ivides.org/atlas/agroecossistemas.pdf>
16. Moraes MCL. Indicadores de saúde mental nos sistemas de informações em saúde: em busca da intercessão da atenção psicossocial e atenção básica [Dissertation]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2017 [cited 2021 Nov 20]. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/22898>
17. Organización Panamericana de la Salud. Marco de referencia para la implementacion de la estrategia regional de salud mental marco de referencia para la implementación de la estrategia regional de salud mental framework for the implementation of the regional strategy for mental health [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2011 [cited 2021 Apr 15]. Available from: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/2790/Marco de Referência para la Implementacion de la Estrategia en Salud Mental.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/2790/Marco%20de%20Referencia%20para%20la%20Implementacion%20de%20la%20Estrategia%20en%20Salud%20Mental.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
18. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [Internet]. Brasília: OPAS; 2008 [cited 2021 Nov 20]. Capítulo 1, Indicadores de Saúde e a Ripsa; p. 11-20. Available from: <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/indicadores.pdf>
19. World Health Organization. A report of the assessment of the mental health system in Brazil using the World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS) [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [cited 2021 Nov 20]. Available from: http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/index.html
20. World Health Organization. Mental health systems in selected low-and middle-income countries: a WHO-AIMS cross-national analysis WHO-AIMS [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [cited 2021 Nov 20]. Available from: https://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_final.pdf
21. National Research and Development Center for Welfare and Health; European Commission. Minimum data set of European mental health indicators [Internet]. Helsinki: STAKES; 2000 [cited 2021 Nov 20]. Available from: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90778/mentalhealthindicators.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. World Health Organization. European Mental Health Action Plan 2013–2020 [Internet]. Copenhagen: WHO; 2013 [cited 2021 Nov 20]. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf

23. Pan American Health Organization. Mental health atlas of the Americas [Internet]. Washington, DC: PAHO; 2016 [cited 2021 Apr 15]. 32 p. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28451/9789275119006_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. Organização Pan-Americana de Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS [Internet]. Brasília: OPAS; 2011 [cited 2021 Apr 15]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18457>
25. Pan-American Health Organization. WHO-AIMS: Report on mental health systems in Latin America and Caribbean [Internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2013 [cited 2021 Apr 15]. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21325&Itemid=&lang=en
26. Pan-American Health Organization. WHO-AIMS: Report on mental health system in Brazil [Internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2007 [cited 2021 Apr 15]. Available from: http://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_brazil.pdf
27. Nota Técnica dos Indicadores Regionais, Estaduais e Nacionais do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 [Internet]. [cited 2021 Apr 15]. Available from: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2013/Nota_Tecnica_Indicadores_Regionais.pdf
28. Tribunal de Contas da União (BR). Relatório de Avaliação de Programa: Ações de Atenção à Saúde Mental [Internet]. Brasília: TCU; 2005 [cited 2021 Apr 15]. Available from: https://www.tjmt.jus.br/intranet.arq/cms/grupopaginas/105/988/Relat%C3%B3rio_TCU_Sa%C3%BAde_Mental_2005.pdf
29. Tribunal de Contas da União (BR). Ata nº 35, de 22 de setembro de 2010 [Internet]. Brasília: TCU; 2010 [cited 2021 Apr 15]. Available from: <https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8182A14D7BBDF2014D8BB881DE0FE1>
30. Lima IB, Vinci ALT, Rijo RPC, Alves D, Furegato ARF. Feasibility analysis of a matrix of mental health indicators for evidence-based management: a research protocol. In: Book of Abstracts of International Conference on Health and Social Care Information Systems and Technologies [Internet]; 2017 Nov 8-10; Barcelona Spain. Lisboa: Scika; 2017 [cited 2021 Apr 15]. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Domingos-Alves-3/publication/321168893_Feasibility_analysis_of_a_matrix_of_mental_health_indicators_for_evidence-based_management_a_research_protocol/links/5a130452a6fdcc717b522c06/Feasibility-analysis-of-a-matrix-of-mental-health-indicators-for-evidence-based-management-a-research-protocol.pdf
31. Ministry of Health (NZ). Health indicators for New Zealanders with intellectual disability [Internet]. Wellington: Ministry of Health; 2011 [cited 2021 Nov 20]. 126 p. Available from: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/health-indicators-nzders-intellectual-disability.pdf>
32. Serviço Nacional de Saúde (PT). Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020 [Internet]. Lisboa: SNS; 2017 [cited 2021 Nov 20]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>
33. Serviço Nacional de Saúde (PT). Programa Nacional para a Saúde Mental [Homepage]. 2016 May 18 [cited 2021 Nov 20]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/05/18/programas-de-saude-prioritarios/>
34. Gobierno de España. La Confederación Salud Mental España [Homepage]. Madrid; 2021 [cited 2021 Nov 20]. Available from: <https://consaludmental.org/la-confederacion/>
35. Salvador-Carulla L, Salinas JA, Martín M, Grané M, Gibert K, Roca M, et al. Indicadores para la evaluación de sistemas de salud mental en España [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría; 2010 [cited 2014 May 30]. Available from: <http://www.sepsiq.org/file/Noticias/GClin-SEPIndicadores.pdf>
36. Ministerio de Salud (CL). Relatório de Saúde Mental WHO-AIMS* – Chile. Informe sobre la base del Instrumento de evaluación del sistema de salud mental de OMS (OMS IESM / WHO AIMS): Segundo informe, Junio 2014 [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2014 [cited 2021 Nov 20]. Available from: https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_chile.pdf
37. Mental Health Commission of Canada. Informing the future: Mental health indicators for Canada [Internet]. Ottawa: Mental Health Commission of Canada; 2015 [cited 2021 Nov 20]. Available from: <https://mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/2021/09/Informing-the-Future-Mental-Health-Indicators-for-Canada.pdf>
38. Office for Health Improvement and Disparities (UK). Common Mental Health Disorders [Homepage]. London: Department of Health and Social Care; 2021 [cited 2021 Nov 20]. Available from: <https://fingertips.phe.org.uk>
39. National Mental Health Performance Subcommittee (AU). Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Services [Internet]. Canberra: National Mental Health Performance Subcommittee; 2013 [cited 2021 Nov 20]. Available from: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/f9bb1a07-a43b-458a-9b73-64ef19d8aedd/Key-Performance-Indicators-for-Australian-Public-Mental-Health-Services-Third-Edition.pdf.aspx>
40. Thornicroft G, Tansella M. The Mental Health Matrix A Manual to Improve Services [Internet]. New York; Cambridge University Press; 1999 [cited 2021 Nov 20].

- 20]. 312 p. Available from: https://assets.cambridge.org/97805210/34258/frontmatter/9780521034258_frontmatter.pdf
41. Thornicroft G, Tansella M. *Better Mental Health Care*. New York: Cambridge University Press; 2008. 196 p. doi: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511544347>
42. Lima IB. *Análise de viabilidade de um conjunto de indicadores de saúde mental para gestão da Rede de Atenção Psicossocial brasileira [Tese]*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2021. 186 p. doi: <https://doi.org/10.11606/T.22.2021.tde-15122021-085134>
43. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Homepage]. [cited 2021 Apr 14]. Available from: <https://ibge.gov.br>
44. Mangia EF, Muramoto MT. Matrix model: tool for the construction of good practices in community mental health. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo [Internet]*. 2009 Aug 1 [cited 2021 Mar 24];20(2). Available from: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14065/15883>
45. Lima IB, Yamada DB, Yoshiura VT, Lance RC, Rodrigues LML, Vinci ALT. Proposal for selection of mental health indicators in the management of health networks: From heuristic to process modeling. *Procedia Computer Sci*. 2018;138:185-90. <http://doi.org/10.1016/j.procs.2018.10.026>
46. Donabedian A. *The definition of quality and approaches to its assessment Exploration in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.
47. Donabedian A. *The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance*. *Qual Rev Bull*. 1992 Nov;18(11):356-60. doi: [https://doi.org/10.1016/S0097-5990\(16\)30560-7](https://doi.org/10.1016/S0097-5990(16)30560-7)
48. Gaebel W, Janssen B, Zielasek J. Mental health quality, outcome measurement, and improvement in Germany. *Curr Opin Psychiatry*. 2009 Nov;22(6):636-42. doi: [10.1097/YCO.0b013e3283317c00](https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283317c00)
49. Jacob KS, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari JJ, et al. Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet*. 2007 Sep 22;370(9592):1061-77. doi: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61241-0](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61241-0)
50. Fernandes S, Fond G, Zendjidjian X, Michel P, Baumstarck K, Lancon C, et al. The Patient-Reported Experience Measure for Improving Quality of care in Mental health (PREMIUM) project in France: study protocol for the development and implementation strategy. *Patient Prefer Adherence*. 2019 Jan 21;13:165-77. doi: <http://doi.org/10.2147/PPA.S172100>
51. Bramesfeld A, Amaddeo F, Almeida JC, Cardoso G, Depaigne-Lothe A, Derenne R, et al. Monitoring mental healthcare on a system level: Country profiles and status from EU countries. *Health Policy*. 2016;120(6):706-17. doi: <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.04.019>
52. Yamada DB, Yoshiura YT, Miyoshi NSB, Lima IB, Shinoda GYU, Rijo RPCL, et al. Proposal of an ontology for Mental Health Management in Brazil. *Procedia Computer Sci*. 2018;138:137-42. doi: <http://doi.org/10.1016/j.procs.2018.10.020>
53. Yamada DB, Bernardi FA, Miyoshi NSB, Lima IB, Vinci ALT, Yoshiura VT, et al. Ontology-Based Inference for Supporting Clinical Decisions in Mental Health. In: *Proceedings, International Conference on Computational Science [Internet]*; 2020 June 3-5; Amsterdam, The Netherlands. Cham: Springer; 2020. doi: https://doi.org/10.1007/978-3-030-50423-6_27

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Inacia Bezerra de Lima, Domingos Alves. **Obtención de datos:** Inacia Bezerra de Lima, Domingos Alves, Antônia Regina Ferreira Furegato. **Análisis e interpretación de los datos:** Inacia Bezerra de Lima, Domingos Alves, Antônia Regina Ferreira Furegato. **Redacción del manuscrito:** Inacia Bezerra de Lima, Domingos Alves, Antônia Regina Ferreira Furegato. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Inacia Bezerra de Lima, Domingos Alves, Antônia Regina Ferreira Furegato.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 20.11.2021
Aceptado: 06.02.2022

Editora Asociada:
Sueli Aparecida Frari Galera


Copyright © 2022 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Inacia Bezerra de Lima

E-mail: lima.inacia@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3580-3244>